

कोविड-19 में ग्रामीण भारत

सुरंजन भट्टाचार्जी

ग्रामीण भारत में *कोविड-19* का प्रसार कितनी तेज़ी से हो सकता है? ग्रामीण क्षेत्रों में शिक्षा के लिहाज़ से महामारी का क्या मतलब है? महामारी के ख़िलाफ़ लड़ाई में हम आशा कार्यकर्ताओं को कैसे सशक्त बना सकते हैं? सामुदायिक और सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रयासों के सन्दर्भ में ग्रामीण क्षेत्र कौन-सी अनोखी चुनौतियाँ और अवसर प्रस्तुत करते हैं?

कोविड-19 महामारी के परिणामस्वरूप हम सबने जीवन में बड़े बदलावों का अनुभव किया है। किसने सोचा होगा कि एक छोटा-सा वायरियन (मेज़बान कोशिका के बाहर वायरस का संक्रामक रूप, व्यास महज़ 120 नैनोमीटर) कुछ ही महीनों में पूरी दुनिया को घुटने टेकने पर मजबूर कर देगा? सितम्बर 2020 के दूसरे सप्ताह तक, दुनिया भर में 280 लाख से अधिक लोगों के संक्रमित होने की सूचना थी, और दस लाख से कुछ कम लोगों की मृत्यु हो गई थी। हमारे अपने देश में, 40 लाख से अधिक लोगों के संक्रमित होने की सूचना मिली थी, और 75,000 से अधिक लोग मारे गए थे। यह संख्याएँ वास्तविक संख्या के एक छोटे-से हिस्से को ही दर्शाती हैं। संक्रमित व्यक्तियों की वास्तविक संख्या इससे पाँच गुना अधिक हो सकती है। इस महामारी ने सर्वनाशी आर्थिक और सामाजिक उथल-पुथल भी पैदा की है।

अन्तर्राष्ट्रीय यात्रियों द्वारा लाया गया यह संक्रमण शुरू में अन्तर्राष्ट्रीय हवाई अड्डों और घनी आबादी वाले शहरों में केन्द्रित था, लेकिन बाद में ग्रामीण क्षेत्रों में फैल गया। मई 2020 के मध्य से, आन्ध्रप्रदेश में एक तिहाई मरीज़ और ओडिशा में 80% पॉज़िटिव मामले ग्रामीण क्षेत्रों से थे। बिहार में 70% मामले प्रवासी श्रमिकों के थे। ग्रामीण क्षेत्रों में मामलों में उछाल महानगरों जितना नहीं था, लेकिन यह निश्चित रूप से बढ़ रहा था। हमारी आबादी का लगभग 66% हिस्सा ग्रामीण इलाक़ों में रहता है, और यह अनुमान लगाया गया है कि जुलाई 2020 के अन्त तक कुल संक्रमणों का 25% शायद हमारी ग्रामीण आबादी में था।

2011 की जनगणना के अनुसार, 45 करोड़ से अधिक भारतीय (आबादी का

37%) आन्तरिक प्रवासी हैं जो जीविका की तलाश में अपने घरों से दूर चले जाते हैं। संक्रमण के प्रसार को नियंत्रित करने के लिए शुरू किए गए राष्ट्रव्यापी लॉकडाउन के परिणामस्वरूप बड़े शहरों में इन **अतिथि श्रमिकों** को अचानक आय का नुकसान हुआ। लॉकडाउन की परिस्थितियों से मजबूर होकर शहरों से घर वापस जाने के लिए लगभग 2.5 करोड़ अतिथि श्रमिकों के सामूहिक प्रवास के कारण ग्रामीण संक्रमण में तेज़ी-से वृद्धि हुई है। ग्रामीण क्षेत्रों में निम्न स्तरीय स्वास्थ्य सुविधाओं के चलते *कोविड-19* के लिए लोगों की जाँच, संक्रामक रोगियों को आइसोलेट करना और उनके सम्पर्क वाले लोगों को क्वारंटाइन करना चुनौतीपूर्ण रहा है।

इस चुनौती के जवाबी विकल्प तलाशने से पहले, आइए संकट और आपदा के प्रति उपयुक्त प्रतिक्रियाओं के कुछ प्रेरक उदाहरण देखें।

संकट और आपदा की प्रतिक्रियाओं से सीखना

पहला उदाहरण चक्रवातों के प्रति ओडिशा की प्रतिक्रिया का है। 1999 में, एक महाचक्रवात ने ओडिशा को तबाह कर दिया था और लगभग 10,000 लोग मारे गए थे। पिछले साल चक्रवात फेनी ने ओडिशा में 1करोड़ 65 लाख लोगों को प्रभावित किया था, लेकिन 50 से कम लोगों की जान गई। यह बदलाव कैसे हुआ?राज्य सरकार ने आपातकालीन स्थितियों से निपटने के लिए एक स्वायत्त निकाय के रूप में अपनी आपदा प्रबन्धन प्रणाली स्थापित की। इस निकाय ने फेनी चक्रवात के दौरान नियमों के पालन हेतु नागरिकों को तैयार करने के लिए 1 करोड़ 80 लाख एसएमएस सन्देश भेजने के लिए उपयुक्त तकनीक विकसित की। इसने स्थानीय प्रशासन, पुलिस और स्वैच्छिक कार्यकर्ताओं को घर-घर जाने, और 18 लाख लोगों को निकालकर 9000 से अधिक आपातकालीन आश्रयों तक सुरक्षित पहुँचाने के लिए तैनात किया। 20 साल के अन्दर-अन्दर यह कैसा अद्भुत बदलाव था!

दूसरा उदाहरण महामारी के प्रति केरल की प्रतिक्रिया का है। हमारे देश में *कोविड-19* का पहला पॉज़िटिव मामला जनवरी 2020 में केरल में दिखा था। तब से, 3.5 करोड़ आबादी वाले राज्य में, सितम्बर के दूसरे सप्ताह तक, एक लाख मामले, 440 मौतें, और ठीक होने वालों की दर 71.7% रही। राज्य की उल्लेखनीय सफलता का श्रेय 2018 में केरल में आई बाढ़ और 2019 में निपाह वायरस के अपने अनुभवों से सीखने को जाता है। इसने राज्य सरकार को संसाधनों को शीघ्रता से तैनात करने और प्रमुख हितधारकों के साथ मिलकर *कोविड-19* के विरुद्ध समयबद्ध और समग्र प्रतिक्रिया देने में सक्षम बनाया। उदाहरण के लिए, इसके अन्तर्गत चौकसी, निगरानी, जोखिम तथा सुरक्षित तौर-तरीक़ों के व्यापक प्रचार-प्रसार, संक्रमित व्यक्तियों की पहचान और उनको आइसोलेट करने, इनके सम्पर्क में आए लोगों की पहचान और उनको क्वारंटाइन करने आदि के लिए ज़िला नियंत्रण कक्ष की स्थापना करना शामिल था। इसमें कमज़ोर तबक़े की भौतिक और मनोसामाजिक ज़रूरतों को पूरा करने के उपायों की रूपरेखा बनाना भी शामिल था। यह रणनीति कारगर रही क्योंकि राज्य सरकार लम्बे समय से महिलाओं की शिक्षा पर ज़ोर देती आ रही है, स्वास्थ्य के बुनियादी ढाँचे को मज़बूत करने और अग्रिम पंक्ति के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की क्षमता निर्माण में व्यवस्थित निवेश किया गया है, और राज्य में मज़बूत सामुदायिक सहभागिता है।

महामारी के विरुद्ध प्रतिक्रिया का तीसरा उदाहरण जापान का है। जापान एक भीड़भाड़ वाला देश है, जहाँ लगभग 12.6 करोड़ लोगों की बड़ी आबादी है और बुज़ुर्ग लोगों का अनुपात काफ़ी अधिक है (25.9% लोग 65 वर्ष से ऊपर)। सितम्बर 2020 के दूसरे सप्ताह तक, यहाँ से *कोविड-19* के केवल 74,544 मामलों और 1423 मौतों की सूचना सामने आई। मज़े की बात यह है कि जापानी लोग विश्व स्वास्थ्य संगठन के 'परीक्षण-परीक्षण-परीक्षण'के फ़तवे का पालन किए **बिना** और सख़्त लॉकडाउन या सीमाओं को बन्द किए बिना संक्रमण को सीमित करने में सफल रहे हैं। उन्होंने जो किया वह यह था कि लोगों को तीन 'C' से बचने को प्रोत्साहित किया : कम हवादार वाले बन्द स्थानों (closed spaces), भीड़ भरे स्थानों (crowded places) और आमने-सामने की बातचीत जैसे निकट सम्पर्क (close contact)। जापान ने पूरी आबादी का परीक्षण करने के बजाय क्लस्टर परीक्षण का सहारा लिया—तेज़ी-से संक्रमण फैलाने वाले क्लस्टरों का परीक्षण। जापान सरकार ने राष्ट्रीय आपातकाल की घोषणा की लेकिन कुछ आर्थिक गतिविधियों, जैसे कारखानों को चालू रखने की अनुमति दी गई। उन्होंने लोगों को घर पर रहने, मास्क पहनने या हाथ धोने का आदेश नहीं दिया। लेकिन, अधिकांश जापानी लोगों ने यही किया।

इन और इस तरह के अन्य उदाहरणों से प्राप्त सीख हमें अपने ग्रामीण क्षेत्रों में *कोविड-19* मामलों में सम्भावित वृद्धि को सम्बोधित करने में किस प्रकार मदद कर सकती है?

ग्रामीण क्षेत्रों में बढ़ते *कोविड-19* मामलों पर प्रतिक्रिया

अब यह स्थापित हो गया है कि वायरस को फैलने से रोकने के लिए शारीरिक दूरी, मास्क पहनना, हाथ धोना और तीन'C' से बचना महत्त्वपूर्ण तत्व हैं। जहाँ भी भीड़भाड़ की वजह से (घरों के भीतर, बाज़ार या सार्वजनिक परिवहन का उपयोग करते समय) शारीरिक दूरी का ध्यान रखना मुश्किल हो जाता है, वहाँ मास्क का इस्तेमाल महत्त्वपूर्ण हो जाता है। किसी भी

व्यक्ति द्वारा घर का बना एक से अधिक परतों वाला कपड़े का मास्क न केवल उसे दूसरों से होने वाले संक्रमण से बचाता है, बल्कि उन्हें (यहाँ तक कि अलाक्षणिक वाहक के रूप में) दूसरों तक संक्रमण को फैलाने से रोकता है। यह महत्त्वपूर्ण है कि मास्क नाक और मुँह को पर्याप्त रूप से ढँककर रखे और ढीला न हो।

बुज़ुर्गों (>65 वर्ष की उम्र), और गम्भीर रोगों (जैसे दमा,मधुमेह, उच्च रक्तचाप, हृदय की विफलता, या कैंसर) से पीड़ित लोगों को संक्रमण से बचाना बहुत ज़रूरी है। उन्हें घरों में ही रखकर या रिवर्स क्वारंटाइन कर के यह सुनिश्चित किया जा सकता है। इसका क्या मतलब है? आमतौर पर, बीमारी से संक्रमित लोग आइसोलेट किए जाते हैं, और उनके क़रीबी सम्पर्क वाले लोग बीमारी के प्रसार को रोकने के लिए क्वारंटाइन किए जाते हैं। इसके विपरीत, रिवर्स क्वारंटाइन पद्धति में असंक्रमित लेकिन सम्भाव्य लोगों को संक्रमित लोगों के सम्पर्क में आने से बचाने के लिए क्वारंटाइन किया जाता है। प्रत्येक समुदाय को क्वारंटाइन किए गए लोगों के लिए भौतिक सहायता (राशन, पानी, भोजन या दवाओं जैसी वस्तुओं की आपूर्ति करके) के साथ-साथ मनोसामाजिक सम्बल (लम्बे समय तक आइसोलेशन से होने वाले अवसाद को टालने के लिए) प्रदान करने की आवश्यकता होगी।

जन्मदिन, शादियों, अन्तिम संस्कारों, साथ ही मन्दिरों, मस्जिदों और गिरजाघरों में सामूहिक पूजा जैसे सामाजिक अवसरों को स्थगित, टालना या बन्द करना होगा या इस प्रकार सम्पन्न करना होगा जिसमें केवल कुछ ही लोग शामिल हों। जो लोग इनमें भाग लेने वाले हैं उनमें शारीरिक सम्पर्क कम से कम हो इसके लिए अलग-अलग समय पर भाग लेने और 2 मीटर (या 6 फुट) की शारीरिक दूरी सुनिश्चित करने की व्यवस्था होनी चाहिए। सिनेमाघरों, सार्वजनिक सभाओं और रैलियों,बड़े समारोहों, या त्योहारों, मेलों, और उत्सवों को पूरी तरह से टालने की आवश्यकता है। अस्पतालों और क्लीनिकों जैसी आवश्यक सेवाओं को अपने प्रतीक्षा स्थानों को भीड़ भरी, बन्द जगहों की बजाय बाहर, अच्छी तरह से हवादार आश्रयों या किसी पेड़ की छाया के नीचे ले जाने की आवश्यकता होगी। जहाँ तक सम्भव हो, मरीज़ों के नज़दीकी स्थानों पर चिकित्सा और दवा सम्बन्धी सेवाएँ प्रदान करनी होंगी।

मार्च, 2020 के बाद से, स्कूल और कॉलेज बन्द हो गए हैं। कुछ शिक्षक एम्पलीफायर और लाउडस्पीकर उधार लेकर खुले में, पेड़ों के नीचे, दो विद्यार्थियों के बीच 2 मीटर की दूरी सुनिश्चित करते हुए अपनी कक्षाएँ चला रहे हैं। जिन कस्बों में कम्प्यूटर उपलब्ध नहीं हैं, शिक्षक ऑनलाइन कक्षाओं के लिए स्मार्टफ़ोन का उपयोग कर रहे हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में ब्रॉडबैंड शुल्क में छूट देकर, और विद्यार्थियों के परिवारों को सैकेंड हैंड स्मार्टफ़ोन प्रदान करके इस शैली से सीखने की पहुँच में सुधार किया जा सकता है। स्थानीय जुड़ाव के लिए जिन अन्य विकल्पों की खोज की जा रही है, उनके अन्तर्गत शैक्षिक टेलीविज़न कार्यक्रम और सामुदायिक रेडियो कार्यक्रम शामिल हैं। राजस्थान का 'आपणो रेडियो'और महाराष्ट्र की 'विद्यावाणी'और 'वसुन्धरा वाहिनी' रेडियो कार्यक्रमों के अच्छे उदाहरण हैं। जहाँ यह भी उपलब्ध नहीं हैं वहाँ बड़े बच्चों को अपने छोटे भाई-बहनों को ('एक पढ़ाए, एक को' शैली में) पढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया जा सकता है, ताकि सीखना बाधित न हो। इन विधियों का उपयोग इस प्रकार के सन्देश को फैलाने के लिए भी किया जा सकता है कि शारीरिक दूरी बनाए रखना, मास्क पहनना, हाथ धोना, खाँसने सम्बन्धित शिष्टाचार का पालन करना, इधर-उधर थूकने एवं धूम्रपान की आदत का त्याग और बग़ैर स्पर्श अभिवादन को प्रोत्साहित करना आदि 'संक्रमण की शृंखला को प्रभावी ढंग से तोड़ने के लिए' आवश्यक हैं। यह बुनियादी ढाँचों सम्बन्धी ख़ामियों को सम्बोधित करने का समय भी हो सकता है। उदाहरण के लिए, अस्थायी सेलुलर टावरों या गुब्बारों और सामुदायिक रेडियो या बैटरी-चालित सार्वजनिक-उद्घोषणा प्रणालियों का उपयोग करके डिजिटल संचार के बुनियादी ढाँचे को बेहतर बनाया जा सकता है । जिन क्षेत्रों में बिजली उपलब्ध नहीं है, वहाँ सोलर-सेल और बैटरी या माइक्रो-पनबिजली जनरेटर स्थापित करने की सम्भावना का पता लगाया जा सकता है। किसी क्षेत्र विशेष में महामारी फैलने से पहले, हाई स्कूल और कॉलेज के विद्यार्थियों को उनकी पहले से ज्ञात विशेषज्ञता का उपयोग करके इन विचारों को आगे बढ़ाने के लिए सशक्त बनाया जा सकता है। कुछ गाँवों में, शिक्षक या स्वैच्छिक कार्यकर्ता भावनात्मक सहारा और प्रोत्साहन प्रदान करने के लिए अपने विद्यार्थियों से मिलने जाते हैं, और मिड-डे-मील योजना के तहत राशन वितरित करते हैं (ताकि बच्चे भूखे न रहें)।

गाँव के स्कूलों, कॉलेजों और ऐसी अन्य इमारतों को सम्पर्क में आए लोगों के लिए अस्थायी क्वारंटाइन आश्रयों में बदलकर चिकित्सा सम्बन्धी बुनियादी ढाँचे की कमी को कल्पनाशील तरीक़े से सम्बोधित किया जा सकता है। जब तक त्वरित परीक्षण विधियाँ विकसित हों और उनका बड़े पैमाने पर उत्पादन किया जाने लगे,तब तक प्रोफ़ेसर एम.एस. शेषाद्रि और टी जैकब जॉन (इसी अंक में टी जैकब जॉन का लेख 'कोविड-19 महामारी का शमन' देखें) के सुझाव अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को लक्षणों के आधार पर *कोविड-19* का निदान करने के तरीक़ों के बारे में सिखाया जा सकता है। हर स्वास्थ्य केन्द्र पर पोर्टेबल ऑक्सीजन

सान्द्रक उपलब्ध करवाना साँस के हल्के लक्षणों वाले रोगियों के लिए ऑक्सीजन उपलब्ध कराने में मदद करेगा (ऑक्सीजन सान्द्रक वायुमण्डलीय हवा से नाइट्रोजन को अलग कर सकता है)। इन उपायों से गाँवों में *कोविड-19* से संक्रमित लगभग 90% लोगों का इलाज सम्भव हो सकेगा। 10% से भी कम संक्रमित लोगों को गाँव के बाहर चिकित्सा केन्द्रों में ले जाने की ज़रूरत होगी। इन उपचार केन्द्रों की देखरेख के लिए कार्यबल बढ़ाने हेतु अपंजीकृत, अनौपचारिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की सेवाएँ ली जा सकती हैं। इन स्वास्थ्य कर्मचारियों को *कोविड-19* के लिए नैदानिक दिशानिर्देश और प्रोटोकॉल का उपयोग करने के लिए प्रशिक्षित किया जा सकता है; बच्चों को होने वाले निमोनिया के मामले में ऐसा सफलतापूर्वक किया गया है। यह याद रखना ज़रूरी है कि आशा (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) कार्यकर्ता, जो स्वास्थ्य प्रदाताओं के पिरामिड में सबसे नीचे हैं, हमारे स्वास्थ्य सेवा कर्मचारियों की बुनियाद हैं। सम्पूर्ण स्वास्थ्य तंत्र की ताक़त और प्रभावशीलता उन पर निर्भर करती है । सशक्त और मज़बूत होने के बजाय, वे अकसर अपने अल्प वेतन के भुगतान में देरी की वजह से कमज़ोर हो जाती हैं। उनके पहले से ही व्यस्त कार्यक्रम को महामारी के दौरान बहुत अधिक बढ़ा दिया गया है। यह कार्यकर्ता अब सम्पर्क-खोज, समुदाय में बुखार और खाँसी के लक्षणों की निगरानी, घरेलू क्वारंटाइन लोगों की देखरेख, मरीज़ों के रिश्तेदारों को उचित परामर्श देने, साझा रसोई से परिवारों को किराने का सामान, भोजन और दवाइयाँ वितरित करने आदि में शामिल हैं। अकसर, उनसे उचित प्रशिक्षण और पीपीई (व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण) के बिना ही इन अतिरिक्त ज़िम्मेदारियों को निभाने की उम्मीद की जाती है। इसे युद्धस्तर पर सम्बोधित करने की ज़रूरत है।

चलते-चलते

गाँधीजी ने एक ऐसे भविष्य की कल्पना की थी, जहाँ हमारे गाँव स्वस्थ, आत्मनिर्भर इकाइयों के रूप में विकसित होंगे और उस अमानवीयकरण से मुक्त रहेंगे जो शहरों में बड़े पैमाने पर अपरिहार्य लगता है। *कोविड-19* महामारी इस सपने को सच करने का एक अवसर है। जब दुनिया SARS-CoV-2 के ख़िलाफ़ उत्सुकता से टीके का इन्तज़ार कर रही है, तब उस टीके का उपयोग करना चाहिए जो पहले से ही हमारे पास है—बदहवासी, स्वार्थ और हिंसा के ख़िलाफ़ शिक्षा रूपी टीका; बदकिस्मती से यह चीज़ें *कोविड-19* महामारी के साथ-साथ चल रही हैं। हम इस संकट से निपट सकते हैं यदि हम पूर्व में की गई ग़लतियों से सीखें कि ख़ामियों को कैसे दूर करें और आपदा की तैयारी कैसे करें; सार्वजनिक शिक्षा और स्वास्थ्य के बुनियादी ढाँचे में दीर्घकालिक निवेश करें; और अपने समुदायों के भीतर भरोसा, विश्वास और आपसी सम्मान निर्मित करें।

मुख्य बिन्दु



- राष्ट्रव्यापी लॉकडाउन के परिणामस्वरूप बड़े शहरों से अतिथि श्रमिकों की घर वापसी के कारण ग्रामीण भारत में *कोविड-19* के संक्रमणों में तेज़ी-से वृद्धि हुई।
- *कोविड-19* के प्रति सबसे संवेदनशील लोगों को समुदाय द्वारा प्राप्त उचित भौतिक और मनोसामाजिक समर्थन के साथ रिवर्स क्वारंटाइन पद्धति के ज़रिए संरक्षित करना चाहिए।
- सामाजिक व सांस्कृतिक समारोहों का आयोजन कम से कम करना चाहिए और आवश्यक सेवाओं के लिए होने वाली भीड़ को हवादार खुली जगहों में ले जाना चाहिए ताकि शारीरिक सम्पर्क को कम किया जा सके।
- लाउडस्पीकर्स, स्मार्टफ़ोन, टेलीविज़न और सामुदायिक रेडियो कार्यक्रमों के उपयोग के साथ-साथ बुनियादी ढाँचों की कमियों में सुधार करके शैक्षिक ज़रूरतों को पूरा करने और रोग के बारे में जागरूकता पैदा करने में मदद मिल सकती है।
- चिकित्सा सम्बन्धी बुनियादी ढाँचों की कमी को कल्पनाशील उपायों के साथ-साथ शिक्षा, और औपचारिक व अनौपचारिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के सशक्तिकरण व प्रशिक्षण के ज़रिए सम्बोधित किया जा सकता है।
- अतीत में की गई ग़लतियों से सीखकर, सार्वजनिक शिक्षा व स्वास्थ्य के बुनियादी ढाँचों में दीर्घकालिक निवेश करके और समुदायों के बीच में विश्वास, भरोसा व आपसी सम्मान निर्मित करके ग्रामीण क्षेत्रों में आपदाओं से निपटा जा सकता है।

Notes: Source of the image used in the background of the article title: https://pixabay.com/photos/lockdown-exodus-india-people-5061663/. Credits: balouriarajesh. License: CC-0.

सुरंजन भट्टाचार्जी, क्रिश्चियन मेडिकल कॉलेज वेल्लोर, तमिलनाडु के पूर्व निदेशक (2007-2012) और शारीरिक चिकित्सा व पुनर्वास विभाग के पूर्व प्रमुख रह चुके हैं। **अनुवाद :** यशोधरा कनेरिया